

Geschäftsbereich Rehabilitation und Leistung

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Hinweis auf das „Abkommen zwischen der gesetzlichen Unfallversicherung und der kassen-zahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten“ bitte ich um Beantwortung der nachfolgenden Fragen.

Sollte bereits jetzt eine Versorgung mit Zahnersatz erforderlich sein, bitte ich Sie, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen, wie er im o. a. Abkommen (nach BU- Nummern) vereinbart ist. Bei konser-vierender Behandlung finden die Gebühren entsprechend BEMA Anwendung (Punktwert zurzeit 1,29).

Für Ihre Auskunft überweise ich Ihnen die vereinbarte Gebühr von EUR 20,85 zzgl. Porto.

Bitte übersenden Sie uns beide folgenden Seiten ausgefüllt zurück.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Unfallversicherungsträger

Kontakt:

GUV Hannover
LUK Niedersachsen
-Rehabilitation und Leistung-
Am Mittelfelde 169
30519 Hannover

Ansprechpartner:

Frau Griebenow	(0511) 87 07 - 177
Frau Klimmek	(0511) 87 07 - 803
Frau Ortega	(0511) 87 07 - 240
Herr Rehse	(0511) 87 07 - 354
Fax	(0511) 87 07 - 126

Zahnärztliche Auskunft

I. Praxisinformationen

Name und Anschrift Ihrer Praxis:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

II. Allgemeine Informationen der/des Verunfallten

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Unfalltag: _____

Name und Anschrift der Einrichtung (Kindergarten / Schule) / Unternehmen:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Unfalltag: _____

III. Medizinische Informationen

Wann (Tag u. Stunde) nahm der/die Verletzte Sie erstmals nach dem Unfall in Anspruch?

Welche Angaben machte er/sie über den Unfallhergang?

Gebissstatus ohne Unfallfolgen (soweit „ohne Befund“, dieses bitte ebenfalls angeben):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- Erläuterungen:
f = fehlende Zähne
)(= Lückenschluss
e = bereits ersetzte Zähne
x = nicht erhaltungswürdige Zähne
k = vorh. Kronen
b = vorh. Brückenglieder
c = kariöse Zähne
F1 - F4 = vorh. Füllungen /Eckenaufbauten

Unfallbefund

Welche Zähne wurden verletzt und wie genau stellt sich der Unfallschaden dar?

Falls die jetzt unfallgeschädigten Zähne Vorschäden hatten, welcher Art genau waren diese?

Welche unfallbedingten Behandlungsmaßnahmen wurden bereits durchgeführt oder sind ggf. in nächster Zeit notwendig?

_____, den _____

(Unterschrift und Stempel)

Bankverbindung:

IBAN _____ Geldinstitut: _____

BIC _____

Kontoinhaber: _____